

# 行为动力干预对肺癌介入治疗患者心理状态及生活质量的影响

张慧, 卓婷莉, 张有为

徐州市中心医院介入科, 江苏 徐州 221009

**摘要:** **目的** 探究行为动力干预应用于肺癌介入治疗患者对其心理状态及生活质量的影响。**方法** 选取徐州市中心医院于 2016 年 2 月至 10 月收治的接受常规治疗的肺癌介入治疗患者 58 例作为对照组, 再选取于 2016 年 11 月至 2017 年 7 月收治的接受行为动力干预的肺癌介入治疗患者 58 例作为观察组。对比两组护理前后遵医嘱依从性、心理状态和生活质量。**结果** 护理 2 周后, 观察组遵医嘱依从性高于对照组, 差异有统计学意义 (87.93% vs 56.90%,  $P < 0.01$ ); 观察组焦虑自评量表 (SAS)、抑郁自评量表 (SDS) 评分均低于对照组, 差异有统计学意义 ( $P$  均  $< 0.01$ ); 观察组躯体疼痛、生理机能、生理职能、一般健康状况等各项生命质量评分均高于对照组, 差异有统计学意义 ( $P$  均  $< 0.01$ )。**结论** 对肺癌介入治疗患者实施行为动力干预有利于改善患者心理状态, 提高其依从性, 并提升生活质量。

**关键词:** 行为动力干预; 肺癌介入治疗; 心理状态; 依从性; 生活质量

**中图分类号:** R 473.73 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-8182(2018)05-0713-03

肺癌因其逐年增高的发病率和死亡率而列为对人类健康和生命产生极大威胁的恶性肿瘤之一<sup>[1]</sup>。引发肺癌的病因有职业与环境接触、既往肺部慢性感染、吸烟、电离辐射、大气污染等<sup>[2]</sup>。介入治疗作为一种高效、微创的治疗方法, 已成为目前肺癌治疗的首选非手术方案。在介入治疗过程中, 患者因不了解治疗方法、病痛等而经常表现出紧张、烦躁、焦虑等负性情绪, 导致其心跳过快、血压升高或在术后出现不良反应<sup>[3-4]</sup>。对此, 医护人员需采取相比于常规治疗更具有针对性的措施, 以提高患者对介入治疗的认知和信心<sup>[5]</sup>。本研究对本院收治的肺癌介入治疗患者采用行为动力干预。现报告如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取本院于 2016 年 2 月至 10 月收治的接受常规治疗的肺癌介入治疗患者 58 例作为对照组, 其中男 33 例, 女 25 例; 年龄 24 ~ 72 (47.82 ± 1.28) 岁; 肿瘤直径 3 ~ 7 (5.02 ± 1.29) cm。同时选取本院于 2016 年 11 月至 2017 年 7 月收治的接受行为动力干预的肺癌介入治疗患者 58 例作为观察组, 其中男 28 例, 女 30 例; 年龄 32 ~ 78 (54.64 ± 1.15) 岁; 肿瘤直径 2 ~ 9 (6.37 ± 0.25) cm。本研究由医院伦理委员会批准。两组一般资料比较差异无统计学

意义 ( $P$  均  $> 0.05$ )。

**1.2 纳入及排除标准** **纳入标准:** 有基本的理解能力和语言表达能力, 智力、听力均正常; 了解并自愿参加本次研究, 签署知情同意书。**排除标准:** 患有精神疾病或存在认知障碍; 伴肝、心、脑等其他严重脏器疾病; 拒绝配合此研究。

**1.3 方法** 两组治疗时间均为 2 周。

**1.3.1 对照组** 对照组实施常规治疗。(1) 心理干预: 用口头和肢体语言安慰并鼓励患者以强化患者信心, 减轻其心理负担。(2) 健康教育: 发放宣传手册, 向患者及其家属讲解介入治疗的具体治疗方案, 增强患者信心。(3) 环境管理: 调节病房温度、湿度、光亮达到舒适状态, 减少护理人员的走动和噪音刺激, 加强陪护人员教育。

**1.3.2 观察组** 观察组实施行为动力干预, 具体实施方法如下。(1) 深层次心理干预。术前 1 d, 医护人员分别与每位患者交流, 对患者的倾诉耐心聆听, 鼓励其讲出存在的思想顾虑和心理障碍。待全面掌握患者情况后, 为其提供个性化心理疏导。真诚沟通的前提和基础是相互信任。若要获得患者的信任, 则应使其产生安全感, 缓解负性情绪, 在整个治疗以及护理过程中保持良好心态, 为成功治疗提供先决条件。因此, 护士在面对患者时表现出亲和力, 在语言

和情感上表达出对患者真诚的关心,运用肢体语言和面部表情使患者对护理人员产生信任。(2)个性化行为干预。医护人员根据每位患者的身体和疾病状况制定个性化行为动力干预计划,向其提供生活、家庭支持、日常行为、饮食等多方面的干预。同时,医护人员为患者讲解介入治疗的注意事项、有关细节等,引导其形成有利于健康的行为习惯,配合治疗。护理人员与患者家属密切联系并告知患者在院情况和治疗情况,得到家属支持与配合,使护理干预方案进行得更好。(3)行为动力支持。医护人员向患者讲解介入治疗成功患者的案例,并邀请曾接受过此类干预并成功治疗的患者到院分享成功经验,使参与本研究的患者缓解负性情绪。医护人员帮助患者形成良好行为习惯,统一其行为和认知。医护人员监督患者实施计划相关内容,并严格执行计划,在患者每日治疗半小时后进行精神放松。为促使患者对干预措施提起兴趣,产生完成计划的动力,让其做肌肉放松训练或听音乐以消除抵触心理。在连续监督患者 3 次后,在患者家属的帮助下或独立完成。(4)反馈和评估。医护人员关注患者病情变化,病情好转或恶化时都与患者及其家属了解沟通,获取反馈信息。每隔一段时间评估患者干预效果,发现问题或在患者身上体现不出良好效果时,及时调整计划。(5)出院指导。医护人员培训患者家属,指导其掌握肺癌患者的基本技能与面对紧急情况时的应急措施,保证患者在出院后能在家中得到良好照顾,并在其家属的监督下保持良好行为习惯。

1.4 观察指标 (1)遵医嘱依从性。评定标准:依从性良好:患者严格遵循医嘱,规范治疗;依从性一般:患者基本遵循医嘱,有时不规范治疗;依从性较差:患者不遵循医嘱,不能坚持甚至中断治疗。总依从性 = 良好 + 一般。(2)采用焦虑自评量表<sup>[6]</sup>(SAS)评测患者治疗前、治疗 2 周后焦虑情绪,包括 20 个条目,得分越高则焦虑情况越严重。无焦虑: <

50 分;轻度焦虑:50 ~ 59 分;中度焦虑:60 ~ 69 分;重度焦虑: > 70 分。采用抑郁自评量表(SDS)<sup>[7]</sup>评测患者治疗前、治疗 2 周后抑郁情绪,得分越高则抑郁情况越严重。无抑郁: < 53 分;轻度抑郁:53 ~ 62 分;中度抑郁:63 ~ 72 分;重度抑郁: > 72 分。(3)采用 SF-36 生命质量评测量表<sup>[8]</sup>对患者治疗前、治疗 2 周后进行测定,该量表包括一般健康状况、社会功能、躯体疼痛、生理机能、精力、精神健康、生理职能以及情感职能 8 个维度,共 36 个条目,每个维度 0 ~ 100 分,得分越高则患者状态越好,生命质量越高。

1.5 统计学方法 采用 SPSS 21.0 软件处理数据,两组 SAS、SDS 评分、生活质量评分等资料用  $\bar{x} \pm s$  表示,采用  $t$  检验,两组遵医嘱依从性用  $n(\%)$  表示,采用  $\chi^2$  检验,  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 两组遵医嘱依从性比较 护理 2 周后,观察组遵医嘱依从性高于对照组( $P < 0.01$ )。见表 1。

2.2 两组 SAS、SDS 评分比较 护理 2 周后,观察组 SAS、SDS 评分均低于对照组( $P$  均  $< 0.01$ )。见表 2。

2.3 两组生活质量比较 护理 2 周后,观察组各项生活质量评分高于对照组( $P$  均  $< 0.01$ )。见表 3。

表 1 两组遵医嘱依从性比较 [ $n = 58$ , 例( $\%$ )]

组别	良好	一般	较差	总依从性
对照组	14(24.14)	19(32.76)	25(43.10)	33(56.90)
观察组	30(51.72)	21(36.21)	7(12.07)	51(87.93)
$\chi^2$ 值				13.982
$P$ 值				0.000

表 2 两组治疗前后 SAS、SDS 评分对比 ( $n = 58$ , 分,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	SAS 评分		SDS 评分	
	护理前	护理后	护理前	护理后
对照组	55.75 ± 5.28	48.26 ± 3.01	59.37 ± 5.12	49.06 ± 4.10
观察组	55.41 ± 5.49	42.07 ± 4.96	59.31 ± 5.46	43.84 ± 3.56
$t$ 值	0.340	8.125	0.061	7.321
$P$ 值	0.735	0.000	0.951	0.000

表 3 两组治疗前后生活质量评分对比 ( $n = 58$ , 分,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	躯体疼痛	生理机能	生理职能	活力	精神健康	一般健康状况	情感职能	社会功能
护理前								
对照组	65.72 ± 16.93	66.02 ± 14.37	50.85 ± 15.20	61.28 ± 14.92	56.02 ± 14.47	54.91 ± 16.92	55.95 ± 14.82	57.73 ± 16.46
观察组	65.50 ± 17.57	66.94 ± 15.81	50.75 ± 15.97	61.82 ± 15.07	57.71 ± 16.74	56.72 ± 13.20	55.29 ± 14.87	56.25 ± 14.68
$t$ 值	0.069	0.328	0.035	0.194	0.582	0.642	0.239	0.511
$P$ 值	0.945	0.744	0.973	0.847	0.562	0.522	0.811	0.610
护理后								
对照组	72.48 ± 15.90	71.01 ± 15.23	60.42 ± 14.58	67.46 ± 14.25	66.17 ± 12.11	66.32 ± 17.05	66.19 ± 14.14	78.19 ± 14.06
观察组	85.02 ± 11.53	81.69 ± 10.29	71.56 ± 10.58	79.24 ± 11.04	78.21 ± 10.47	75.20 ± 14.52	74.28 ± 10.81	87.96 ± 10.68
$t$ 值	4.862	4.425	4.710	4.977	5.728	3.020	3.462	4.214
$P$ 值	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.003	0.001	0.000

### 3 讨论

肺癌作为高发的恶性肿瘤疾病,其病因无法确定、早期具有隐匿性,因此不易被人察觉,故待肿瘤扩散至其他器官时通过全身检查才发现的案例不占少数<sup>[9]</sup>。肺癌的临床表现复杂多样,症状的出现时间、轻重程度取决于肿瘤生长的位置是否转移、病理类型、有无并发症以及患者耐受性等<sup>[10]</sup>。临床对肺癌患者常采用手术治疗及介入治疗,但治疗过程中患者易受到各种因素影响,出现焦虑、紧张等心理问题,导致不良心理状态产生,使患者生活质量受到严重影响<sup>[11-12]</sup>。因此,临床应做好相关治疗干预措施。行为动力干预是从不同患者病情和身体状况出发的新型治疗模式,在全面了解患者基本情况、行为动力状况和精神状况等基础上,为患者制定个性化治疗干预并实施<sup>[13]</sup>。

在本研究中,观察组患者医嘱依从性高于对照组,说明将行为动力干预应用于肺癌介入治疗患者中有利于提高患者对治疗的依从性。原因为深度沟通和交流能够使治疗人员掌握患者存在的思想顾虑和负性情绪,从而获取其基本情况,制定符合不同患者病情和心理的全面干预计划<sup>[14]</sup>。个性化行为动力干预以患者情况为出发点进行行为动力干预,使患者配合治疗,最终养成正确的行为习惯,促进治疗依从性提高。在本研究中,观察组 SAS、SDS 评分均低于对照组,说明将行为动力干预应用于肺癌介入治疗患者中能够缓解患者负性情绪。原因为干预过程中医护人员与患者家属密切联系,通过家属无微不至的照顾及支持使患者情绪得以稳定,缓解焦虑、抑郁等不良心理。通过让已成功治疗的患者到院讲解自己的经验,以增强患者与病魔抗争的信心和动力,缓解其负性情绪,建立良好的行为习惯并统一行为和认知,促进改善其心理状态<sup>[15]</sup>。在本研究中,观察组各项生活质量评分高于对照组,说明将行为动力干预应用于肺癌介入治疗患者中有利于患者生活质量的提高。原因主要在于,在行为动力干预过程中,医护人员密切监测患者各项身体指标,关注临床表现的变化情况,在监测过程中收集相应反馈信息以调整干预计划,使患者在干预过程中得到更加人性化的照顾,保证治疗效果<sup>[16]</sup>。患者家属在患者出院前到院接受专业化培训,在出院后能在家中获得良好的监督和看护,在患者发生紧急情况时能够得到来自家属第一时间的救治,促进生理状况改善<sup>[17]</sup>。此外,通过预后情况较好的病友赋予患者经验及有效精神支持,进一步

提升患者治疗的信心和动力,改善了患者生理、心理、社会各领域状况,最终显著提升生活质量。

综上所述,对肺癌介入治疗患者实施行为动力干预有利于改善患者心理状态,提高其治疗、护理依从性,并提升其生活质量。

### 参考文献

- [1] 王月霞,忽新刚,王月华. 经支气管镜介入后放疗治疗中央型肺癌患者的护理[J]. 护理学杂志,2014,29(17):42-44.
- [2] 陈柯宇,颜美琼. 肺癌患者快速康复围术期护理进展[J]. 护士进修杂志,2017,32(2):120-123.
- [3] 翁贤武,梁诚之,林培锋,等. 单孔胸腔镜治疗早期非小细胞肺癌的临床疗效分析[J]. 中华全科医学,2017,15(6):977-979.
- [4] 金伊俐,沈玮昶,王吉,等. 个体化护理对肺癌患者化疗后睡眠及生命质量的影响[J]. 中国实用护理杂志,2016,32(s1):111-112.
- [5] 张秀美,曹哲菲,李娜,等. 支气管动脉灌注化疗联合放射免疫治疗肺癌的护理[J]. 上海护理,2014,14(2):51-53.
- [6] 于媛,王黎,张娜,等. 肺癌患者病耻感水平及其影响因素调查分析[J]. 中国护理管理,2016,16(2):256-259.
- [7] Backhus LM, Farjah F, Liang CK, et al. Imaging surveillance and survival for surgically resected non-small-cell lung cancer[J]. J Surg Res,2016,200(1):171-176.
- [8] 汪浩,项东阳,孟颖,等. 阶段性认知行为干预对肺癌化疗患者情绪及生活质量的影响分析[J]. 护士进修杂志,2015,30(24):2266-2269.
- [9] 周春磊,李怡,姚宁,等. 重庆市江北区肺癌死亡状况分析[J]. 热带医学杂志,2017,17(2):258-262.
- [10] 宫伟利. 延续性自我管理对肺癌患者因性疲乏和生命质量的影响[J]. 护理管理杂志,2015,15(10):746-747.
- [11] 王叶苹,赵云,程芳,等. 全程序化健康教育在肺癌晚期癌痛患者中的应用[J]. 护理实践与研究,2016,13(21):71-72.
- [12] 仇蓉,吴绮珣,周娟,等. 知行信模式干预对细胞因子诱导的杀伤细胞生物治疗中晚期肺癌患者疼痛的影响[J]. 护理管理杂志,2015,15(11):805-807.
- [13] Missel M, Pedersen JH, Hendriksen C, et al. Exercise intervention for patients diagnosed with operable non-small cell lung cancer: a qualitative longitudinal feasibility study[J]. Support Care Cancer,2015,23(8):2311-2318.
- [14] 侯黎莉,李玉梅,张贵芬,等. 聚焦解决模式对肺癌患者化疗期间心理状况的影响[J]. 上海护理,2016,16(4):13-17.
- [15] 卢才菊,宋琦,王永,等. 肺癌患者化疗间歇期症状及延续护理认知需求的研究[J]. 中国实用护理杂志,2016,32(16):1256-1260.
- [16] 刘丽峰,沙永生,孙潇楠,等. 康复训练楼梯法对低肺功能肺癌患者手术耐受性的影响[J]. 天津护理,2017,25(2):113-115.
- [17] 林慧洁,余晓佳,魏化冰. 快速康复外科理念在胸腔镜肺癌手术患者中的应用[J]. 护理实践与研究,2017,14(14):66-67.

收稿日期:2017-11-18 修回日期:2017-12-15 编辑:王国品